BASI DELL’ASSISTENZA INFERMIERISTICA

DOCENTE

D’ALESSANDRO ROSARIA

EVOLUZIONE DEL PROCESSO DI PROFESSIONALIZZAZIONE DELL'INFERMIERISTICA

DEFINIZIONE:

- L’Infermieristica è un corpus complesso e sistematico di conoscenze e strumenti teorico-metodologici volti all’esercizio delle funzioni di tutela e promozione della salute, individuale e collettiva.

- Il concetto di ***ad-sistere*** (stare accanto) storicamente è legato alla figura della donna, madre-compagna-soccorritrice.

- Proprio ad una donna è attribuita l’istituzione di quello che può essere considerato il primo ospedale della storia: nel ***390 d.C.*** circa, ***Fabiola***, nobildonna romana, istituì il Valetudinaria (da “valetudo”, “buona salute”), l’ospedale romano in cui operavano medici affiancati da servi che, presumibilmente, svolgevano funzioni infermieristiche.

- Con l’arrivo del **Medioevo**, la cura e l’assistenza vengono assicurate soprattutto dal clero all’interno di conventi, monasteri e lungo le vie di pellegrinaggio (proprio in questi ambiti **nasce il termine infermiere**: l’**infirmus** era il monaco che si occupava dell’accoglienza e dell’assistenza di malati e bisognosi).

  L’istituzione ospedaliera ebbe origine nel contesto religioso e socio-culturale del mondo cristiano.

- Mentre i primi ospedali erano strutture adibite al ricovero di chiunque si trovasse nel bisogno, **verso la metà del '400** ci fu un cambiamento radicale dell'assetto istituzionale e organizzativo degli ospedali: il prendersi cura non veniva più considerato solo in termini di **carità cristiana**, ma anche in termini di pratica produttiva di salute corporale. ***Si iniziò a distinguere i malati in base alle loro condizioni e alle loro necessità assistenziali;*** gli infermieri, religiosi e laici, **dovevano conoscere** non più solo le sacre scritture, ma anche **i rudimenti delle varie malattie e i medicinali con i quali trattarle.**

- A partire dal **’600**, con il fiorire di nuove scoperte medico-scientifiche**, si assiste alla nascita di nuove teorie e concezioni** riguardanti la salute:
- i “medici clinici” avanzano le prime **classificazioni** delle malattie sulla base dell’**osservazione** di ***segni*** e ***sintomi*** condotta al letto del malato.

- La malattia diventa un fenomeno che deve essere studiato come qualsiasi altro fenomeno naturale.

  Ed è a partire da questa epoca che il medico si avvale del proprio **bagaglio percettivo**, del **proprio intuito**, **dell’esperienza** accumulata e anche grazie **all’impiego** dei **primi strumenti diagnostici**.

- Il progresso scientifico che accompagna **l’avvento dell’Illuminismo** *settecentesco* vede uno strapotere dei medici, sotto lo stretto controllo dei quali gli **infermieri** erano chiamati a ***compiti puramente*** *alberghieri* e di *sorveglianza notturna*.

La vera svolta per la figura infermieristica è legata all'intervento di **Florence Nightingale** (1820-1910), nobildonna inglese dalla **forte vocazione religiosa**, la prima alla quale sia possibile attribuire propriamente il titolo di "***infermiera***".

Tanto che il giorno di nascita della Nightingale, il 12 maggio, è "tuttora celebrato in tutto il mondo come la giornata internazionale dell'infermiere"

- Durante la guerra di Crimea del 1853 la **Nightingale**, insieme ad altre 39 infermiere da lei selezionate, prese in mano la situazione dell’ospedale militare inglese di Scutari, nonostante l’iniziale **diffidenza** da parte dei medici.

- Applicando un nuovo metodo organizzativo che garantisse, in primis, **l’igiene** dell’ambiente terapeutico riuscì a far **diminuire** in maniera formidabile *il tasso di mortalità* e fu tra i primi a comprendere l’importanza *dell’epidemiologia e statistica medica per interpretare le informazioni sull’evoluzione di una malattia e sull’efficacia delle prestazioni fornite.*

Il Modello Teorico di Florence Nightingale

- **Ambiente**: tutte le condizioni e le influenze esterne che agiscono sulla vita e sullo sviluppo dell’organismo, sono capaci di prevenire, guarire oppure contribuire alla malattia e alla morte.
- La sua azione sull’ambiente, nell’ospedale da campo in Crimea, ottenne che la media dei decessi passasse dal 42% al22%.

- La pratica medica, non viene considerata come un processo curativo, ma come una *funzione che aiuta la natura.*

- Così anche l'infermieristica assolve il suo compito quando mette il paziente nella condizione migliore, affinchè la natura agisca e cioè, in ***un ambiente sano atto a promuovere la salute e a favorire il miglioramento.***

- ***Quest’approccio all’infermieristica è valido oggi come lo era più di cento anni fa***, nonostante il fatto che l’ambiente di oggi, sia in casa che in ospedale, sia una struttura più complessa e sofisticata

- Tornata in patria come un’eroina,
la **Nightingale** offrì il suo principale contributo alla professionalizzazione dell’assistenza infermieristica nell’ambito della formazione: con l’obiettivo di innalzare lo status sociale delle infermiere, intuì fondamentale la capacità di dirigere e insegnare ad altre.
- Selezionò, dunque, le prime 15 infermiere uscite dalla scuola collegata all’ospedale S. Thomas, donne dal ceto nobile e dal comportamento ineccepibile, che mandò all’estero a diffondere il “**modello Nightingale**”.

- Dispose che le allieve risiedessero obbligatoriamente presso un convitto all’interno del quale venivano “plasmate”, nella tecnica e nel carattere, dalla disciplina inflessibile della direttrice.
- Nell’organizzazione prevista dalle Scuole **Nightingale** era esclusa qualsiasi interferenza fra l’opera dei medici e quella delle infermiere, poiché le rispettive attribuzioni erano ben distinte; il sistema formativo della **Nightingale** aveva come obiettivo la padronanza, da parte dell’infermiera diplomata, di una perfetta competenza tecnica e dell’irreprensibilità di carattere e condotta.

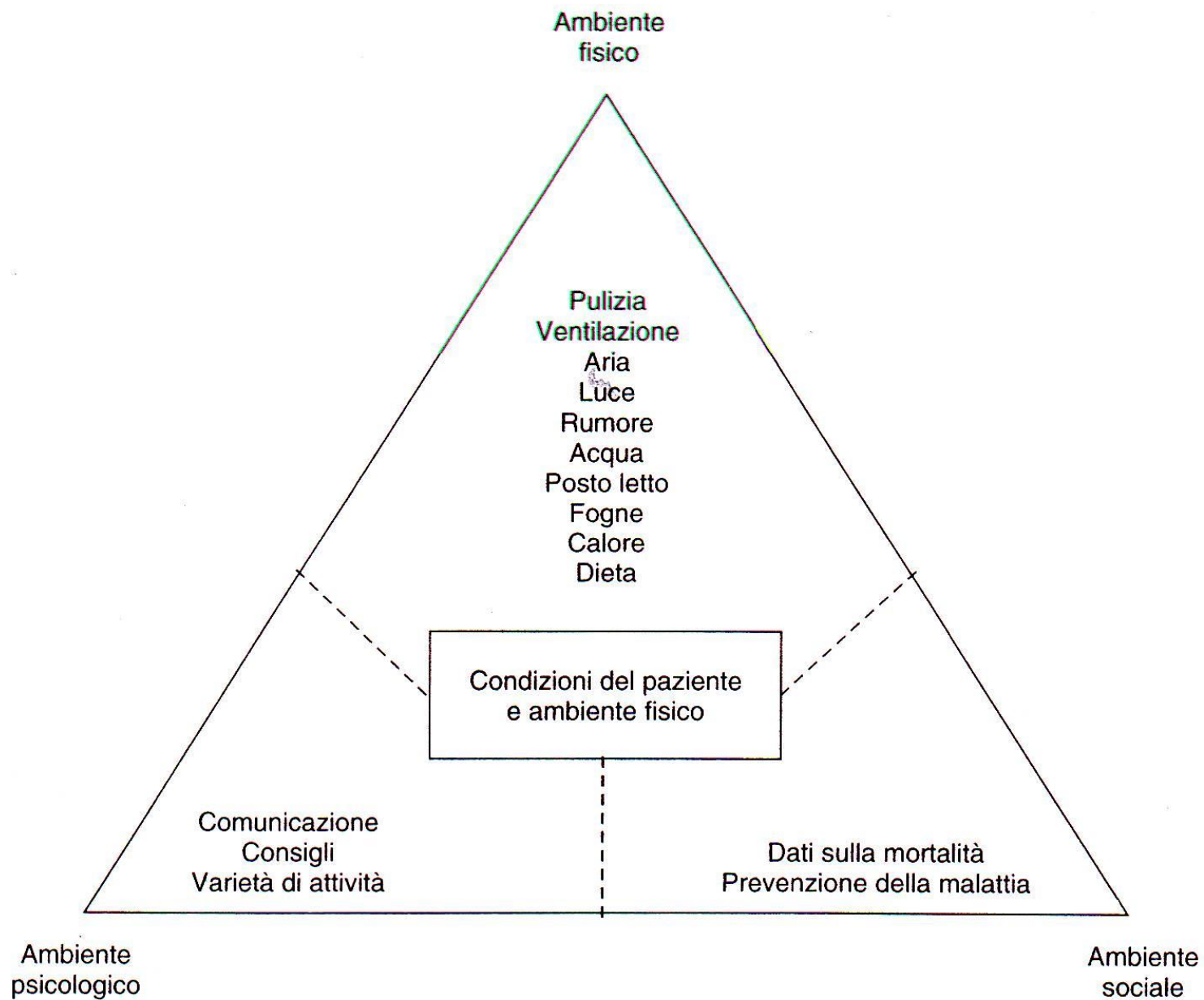



Fig. 3-1 – *Teoria infermieristica della Nightingale.*

La realtà italiana

- L’assistenza infermieristica negli ospedali italiani dell’epoca era ***molto scadente***: pessime erano le condizioni di lavoro e l’assistenza infermieristica era *priva* di *qualità* e *organizzazione*.

- Fu **Anna Celli** (1878-1958), infermiera tedesca trasferitasi in Italia, a criticare aspramente le attività degli ospedali italiani, affidate in gran parte ad inservienti impreparati, sfruttati e sottopagati.

- Celli seguì le orme di **Nightingale** e indicò, come soluzione per avviare un processo di professionalizzazione dell’assistenza infermieristica, la formazione di una figura infermieristica femminile laica, di ceto sociale elevato e senza impegni familiari, alla quale affidare le funzioni direttive.

- Sotto il regime fascista sorsero le prime **scuole convitto** con obbligo di internato in Italia, destinate alle sole donne.

- Solo nel **1971**, con la **Legge n.124 del 25 febbraio**, viene soppresso l'obbligo di internato e viene aperto l'accesso alle scuole per infermieri *anche agli uomini*;

- nel 1973, con l'applicazione del Decreto di Strasburgo, la durata del corso di studi passa **da 2 a 3 anni** e con il **DPR 225 del 1974** viene stilato l'elenco delle mansioni degli infermieri (mansionario).

Virginia Henderson

- **V. Henderson nasce a Kansas City nel 1897**;
- Tra i suoi scritti:<<The Nature of Nursing>> e <<Basic Principles of Nursing Care>>.

- **Frequenta la scuola infermieri dell'Esercito che si basava: imparare facendo, rapidità di azione, competenza tecnica e magistrale esecuzione delle procedure infermieristiche: intodurre cateteri, fare i letti cambiare i pazienti**.

Virginia Henderson

- **Nella Army School of Nursing di Washington veniva sottolineata l'importanza di un'etica infermieristica e di un comportamento umanitariamente compassionevole, ma tali elementi erano considerati secondari rispetto alle tecniche infermieristiche.**

- **Durante il suo tirocinio di formazione la Henderson sentì la mancanza di un modello di comportamento professionale da emulare nel dispensare l'assistenza infermieristica.**

Virginia Henderson

- La Henderson individua nell’uomo le seguenti dimensioni:
  - **Fisiologica;**
  - **Psicologica;**
  - **Sociale;**
  - **Spirituale**.

Dimensioni che fanno dell’uomo un essere **bio-psico-sociale**

Virginia Henderson

- La sua esperienza formativa nell'ambito del nursing psichiatrico fu per lei deludente in quanto continuava ad essere incentrata sulla malattia e sul trattamento.

- L'esperienza di nursing pediatrico al Boston Floating Hospital fu l'occasione per elaborare i tre seguenti concetti: **il paziente al centro dell'assistenza**, **la continuità dell'assistenza** e **l'assistenza amorevole.**

- La Henderson lavorò per alcuni anni all'Instructive Visiting Nursing Agency di Washington, in quanto non attratta dal sistema infermieristico vigente in ospedale

Virginia Henderson

- La **Henderson** decide di modificare nel **Nursing Practice Acts** le definizioni che connotano la professione infermieristica:
- La pratica infermieristica professionale è l'esecuzione di ogni atto, compiuto nell'osservare, assistere e consigliare un malato, ferito o infermo; nel promuovere la salute e prevenire la malattia; inoltre si esplica nel sovraintendere o nell'insegnare ad altro personale e nel somministrare medicamenti e trattamenti prescritti dal medico; requisito sostanziale è **l'abilità di formulare giudizi** in base alle conoscenze ed alle applicazione dei principi delle scienze biologiche, fisiche e sociali. Non sono da considerare inclusi in tali atti la diagnosi, le prescrizioni terapeutiche o le misure correttive.

Virginia Henderson

- **Le quattordici attività infermieristiche di base.**

1. **Respirare normalmente;**
2. **Alimentarsi in modo adeguato;**
3. **Eliminare da tutte le vie emuntorie;**
4. **Muoversi e mantenere le posizioni adatte;**
5. **Dormire e riposare;**
6. **Scegliere il vestiario adatto;**
7. **Mantenere la temperatura corporea entro la norma mediante gli indumenti o intervenendo sull’ambiente;**

Virginia Henderson

8. Mantenere l'igiene personale e proteggere i tegumenti;
9. Evitare i pericoli dell'ambiente e di danneggiare gli altri;
10. Comunicare con gli altri esternando emozioni, bisogni, timori o opinioni;
11. Praticare la propria religione;
12. Dedicarsi a qualche occupazione o lavoro che procuri soddisfazione;
13. Giocare o partecipare ad attività ricreative;
14. Imparare, scoprire, soddisfare la curiosità che porta al normale sviluppo della personalità e alla salute.

Virginia Henderson

- ***The Nature of Nursing è da lei definita come:<< la cristallizzazione delle mie idee>>.***

La funzione specifica dell'infermiera è quella di **assistere** gli individui **malati o sani** nel compimento di quelle attività tendenti al mantenimento della salute, al suo recupero (o ad una morte serena), attività che essi dovrebbero compiere senza aiuto, se ne avessero la forza, la volontà e la capacità, e di sollecitare la loro partecipazione attiva, in modo da aiutarli a riconquistare il più rapidamente possibile la loro indipendenza.

Virginia Henderson

L'infermiera, che opera secondo una definizione che delimita un'area di esercizio professionale indipendente o un'area di perizia, deve assumersi la responsabilità di identificare i problemi, di convalidare continuamente la sua funzione, di migliorare i metodi che usa e di misurare gli effetti dell'assistenza infermieristica. In questa nostra era, il nome che diamo al più affidabile tipo di analisi è: **ricerca.**

DOROTHEA OREM

Dorothea Orem, (1914-2007) **la cui teoria è quella del self-care (requisiti di autocura), che vede l'infermiere promuovere il cambiamento e agire solo nel momento in cui l'assistito non è in grado di gestirsi.**

Secondo la **Orem** ciò che spinge l'uomo a chiedere l'intervento dell'infermiere è la condizione di **deficit della cura di sé**, ovvero di pratiche quotidiane che gli individui compiono in autonomia al fine di conservare la vita, la salute e il benessere.

DOROTHEA OREM

La teoria generale del nursing secondo **Orem** è un insieme integrato di tre teorie specifiche:

- **teoria della cura di sé**: fattori universali, evolutivi e legati all’alterazione dello stato di salute associati ai processi vitali e al mantenimento dell’integrità e del funzionamento della struttura umana (i fattori evolutivi o di sviluppo dipendono dalla maturità del singolo individuo o dal verificarsi di particolari eventi);

- **teoria del deficit della cura di sé**: quando le richieste terapeutiche di self-care superano le capacità di autocura, si instaura una condizione deficitaria che può essere parziale o completa;

- **teoria di sistemi di assistenza infermieristica**: rappresenta la componente organizzativa del nursing, descrive l’assistenza infermieristica e la relazione tra infermiere e assistito, entrambe necessarie per risolvere i deficit individuati;

DOROTHEA OREM

- tra i sistemi di assistenza infermieristica si individuano quello :
  - **totalmente compensatorio** (l’infermiere agisce direttamente per il soddisfacimento dei requisiti di **self-care** del paziente);
  - **parzialmente compensatorio** (vi è cooperazione tra infermiere e assistito);
  - **educativo e di supporto**(l’infermiere guida, controlla ed educa il paziente circa abilità e conoscenze utili alla compensazione dei bisogni).

DEOTOLOGIA

MORALE

ETICA

Deontologia

- Dal greco ***deon***: <<ciò che si deve fare>>
  logos*:* << discorso, studio>>.

- E' la disciplina che indaga i **doveri professionali** tra **l'infermiere** ed il **malato**, tra **l'infermiere** e **l'infermiere**, tra **l'infermiere** e le **strutture** e gli **enti pubblici e privati**, tra **l'infermiere** e le altre professioni sanitarie.

Morale

- Dottrina che tratta del bene e del male e detta le norme della vita.

Etica

- Riflessione, ricerca del bene, considerato in vario modo (interesse, piacere, altruismo ecc..), e sulle norme che devono regolare il comportamento dell’uomo per il raggiungimento di tale bene

Il Codice Deontologico

E’ **strutturato in sette articoli:**

- **art.1: Premessa;**
- **art. 2: Principi etici della professione;**
- **Art. 3: Norme generali;**
- **Art.4: Rapporti con la persona assistita;**
- **Art.5: Rapporti professionali con i colleghi e gli altri operatori;**
- **Art. 6: Rapporti con le istituzioni;**
- **Art. 7: Disposizioni finali.**

Il Codice Deontologico

art.1: Premessa

- Art.1.1: L’infermiere è l’operatore sanitario che in possesso del diploma abilitante e dell’iscrizione all’Albo professionale, è responsabile dell’assistenza infermieristica.

- 1.2: L’assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura tecnica, relazionale ed educativa.

Il Codice Deontologico

art.1: Premessa

- **Art.1.3:** La responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.

- **Art. 1.5**: L'infermiere, con la partecipazione ai propri organismi di rappresentanza, manifesta la appartenenza al gruppo professionale, l'accettazione dei valori contenuti nel Codice deontologico e l'impegno a viverli nel quotidiano.

Il Codice Deontologico

art. 2: Principi etici della professione

- **Art. 2.1**: Il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione è condizione essenziale per l'assunzione della responsabilità delle cure infermieristiche.
- **Art.2.2**: L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale dell'individuo e interesse della collettività e si impegna a tutelarlo con attività di prevenzione, cura e riabilitazione.

Il Codice Deontologico

art. 2: Principi etici della professione

- **Art. 2.4**: L'infermiere agisce tenendo conto dei valori religiosi, ideologici, ed etici, nonché della cultura, etnia e sesso dell'individuo.

- **Art. 2.5**:Nell'agire professionale, l'infermiere si impegna a non nuocere, orienta la sua azione all'autonomia e al bene dell'assistito, di cui attiva le risorse anche quando questi si trova in condizioni di disabilità o svantaggio.

Il Codice Deontologico

art. 2: Principi etici della professione

- Art. 2.7: L’infermiere contribuisce a rendere quelle scelte allocative, anche attraverso l’uso ottimale delle risorse. In carenza delle stesse, individua le priorità sulla base di criteri condivisi dalla comunità

Il Codice Deontologico

art. 3: Norme generali

- **Art. 3.1**: L’infermiere **aggiorna** le proprie conoscenze attraverso la **formazione permanente**, la riflessione critica sull’esperienza e la ricerca, al fine di migliorare la sua competenza.
- L’infermiere fonda il proprio operato su **conoscenze valide ed aggiornate**, così da **garantire** alla persona le c**ure e l’assistenza più efficaci**. L’infermiere **partecipa alla formazione professionale**, promuove ed attiva la ricerca, cura la diffusione dei risultati al fine di migliorare l’assistenza infermieristica.

Il Codice Deontologico

Art.4: Rapporti con la persona assistita

- **Art. 4.1:** L'infermiere promuove, attraverso l'educazione, stili di vita sani e la diffusione di una cultura della salute; a tal fine attiva e mantiene la rete di rapporti tra servizi e operatori.
- **Art. 4.6**: L'infermiere assicura e tutela la riservatezza delle informazioni relative alla persona. Nella raccolta, nella gestione e nel passaggio di dati, si limita a ciò che è di pertinenza all'assistenza.

Il Codice Deontologico

Art.4: Rapporti con la persona assistita

- **Art. 4.8:** L'infermiere rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come risposta concreta alla fiducia che l'assistito ripone in lui.

Il Codice Deontologico

Art.4: Rapporti con la persona assistita

- Art. 4.10: L’infermiere si adopera affinchè il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica sia evento straordinario e motivato e non metodo abituale di accudimento. Considera la contenzione una scelta condivisibile quando vi si configuri l’interesse della persona e inaccettabile quando sia una implicita risposta alle necessità istituzionali.

Il Codice Deontologico

Art.4: Rapporti con la persona assistita

- **Art.4.14:** L'infermiere si attiva per alleviare i sintomi, in particolare quelli prevenibili. Si impegna a ricorrere all'uso di placebo solo per casi attentamente valutati e su specifica indicazione medica.
- **Art. 4.15:** L'infermiere assiste la persona, qualunque sia la sua condizione clinica e fino al termine della vita, riconoscendo l'importanza del conforto ambientale, fisico e psicologico, relazionale, spirituale. L'infermiere tutela il diritto a porre dei limiti ad eccessi diagnostici e terapeutici non coerenti con la concezione di qualità della vita dell'assistito.

Il Codice Deontologico

Art.4: Rapporti con la persona assistita

- **Art. 4.17**: L’infermiere non partecipa a trattamenti finalizzati a provocare la morte dell’assistito, sia che la richiesta provenga dall’interessato, dai familiari o da altri.
- **4.18**: L’infermiere considera la donazione di sangue, tessuti ed organi un’espressione di solidarietà. Si adopera per favorire informazione e sostegno alle persone coinvolte nel donare e nel ricevere.

Il Codice Deontologico

Art. 5: Rapporti professionali con i colleghi e gli altri operatori

- 5.1. L’infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori, di cui riconosce e rispetta lo specifico apporto all’interno dell'équipe. Nell’ambito delle proprie conoscenze, esperienze e ruolo professionale contribuisce allo sviluppo delle competenze assistenziali.

Il Codice Deontologico

Art. 5: Rapporti professionali con i colleghi e gli altri operatori

- **5.2**. L’infermiere tutela la dignità propria e dei colleghi, attraverso comportamenti ispirati al rispetto e alla solidarietà. Si adopera affinché la diversità di opinione non ostacoli il progetto di cura.
- **5.3**. L’infermiere ha il dovere di autovalutarsi e di sottoporre il proprio operato a verifica, anche ai fini dello sviluppo professionale.

Il Codice Deontologico

Art. 5: Rapporti professionali con i colleghi e gli altri operatori

- **5.5**. L'infermiere tutela il decoro del proprio nome e qualifica professionale anche attraverso il rispetto delle norme che regolano la pubblicità sanitaria.
- **5.6**. L'infermiere è tenuto a segnalare al Collegio ogni abuso o comportamento contrario alla deontologia, attuato dai colleghi.

Il Codice Deontologico

Art. 6: Rapporti con le istituzioni

- **6.1**. L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'equo utilizzo delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale.

Il Codice Deontologico

Art. 6: Rapporti con le istituzioni

- **6.2**. L’infermiere compensa le carenze della struttura attraverso un comportamento ispirato alla cooperazione, nell’interesse dei cittadini e dell’istituzione. L’infermiere ha il dovere di opporsi alla compensazione quando vengano a mancare i caratteri della eccezionalità o venga pregiudicato il suo prioritario mandato professionale.

Il Codice Deontologico

Art. 6: Rapporti con le istituzioni

- **6.3**. L’infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, di fronte a carenze o disservizi provvede a darne comunicazione e per quanto possibile, a ricreare la situazione più favorevole.
- **6.4**. L’infermiere riferisce a persona competente e all'autorità professionale qualsiasi circostanza che possa pregiudicare l’assistenza infermieristica o la qualità delle cure, con particolare riguardo agli effetti sulla persona.

Il Codice Deontologico

Art. 6: Rapporti con le istituzioni

- **6.5**. L’infermiere ha il diritto e il dovere di segnalare al Collegio le situazioni in cui sussistono circostanze o persistono condizioni che limitano la qualità delle cure o il decoro dell’esercizio professionale.

Il Codice Deontologico

Art. 7: Disposizioni finali

- **7.1**. Le norme deontologiche contenute nel presente codice sono vincolanti: la loro inosservanza e punibile con sanzioni da parte del Collegio professionale.
- **7.2**. I Collegi IPASVI si rendono garanti, nei confronti della persona e della collettività, della qualificazione dei singoli professionisti e della competenza acquisita e mantenuta.

BASI DELL'ASSISTENZA
INFERMIERISTICA

DOCENTE

D'ALESSANDRO ROSARIA

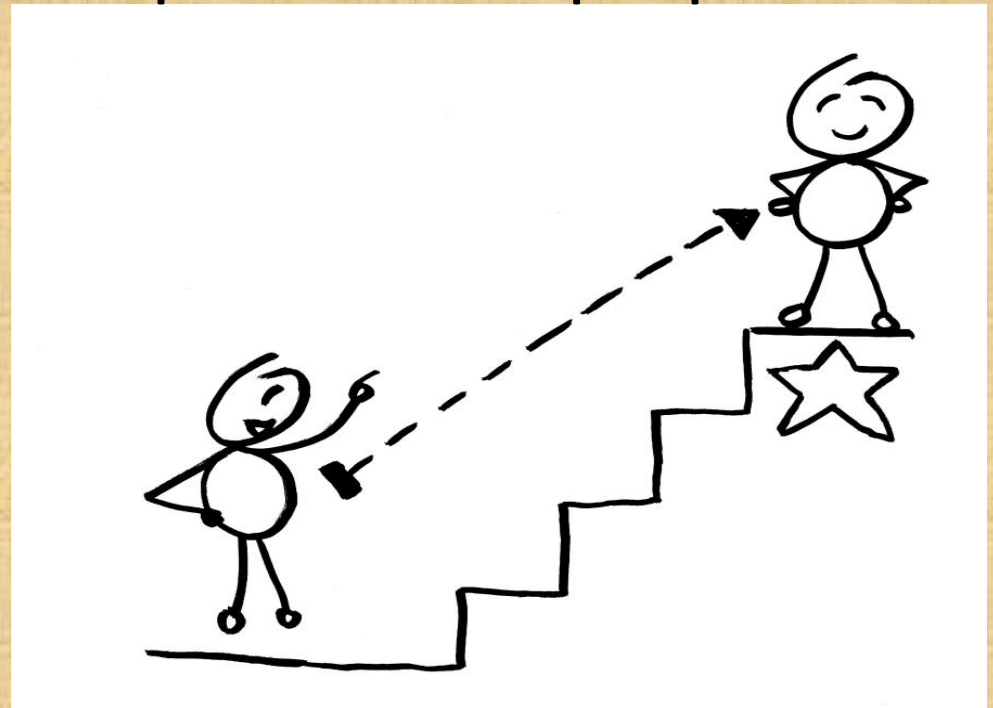
IL PROFILO PROFESSIONALE

Aspetti normativi dell’infermieristica moderna

- A dire chi è oggi l’infermiere è il **D.M. 739/1994**, ovvero il **Profilo professionale dell’infermiere** che ne individua il campo proprio di attività e responsabilità.
- Con la **Legge 42/99** (abrogazione mansionario) l’infermiere assume lo status di Professionista Sanitario che, in quanto tale, risponde direttamente delle sue azioni.

- Con il termine “**professione**” si intende un’attività svolta a servizio degli altri e in modo autonomo, da soggetti che siano in possesso di **specifiche conoscenze scientifiche** e **competenze tecniche** acquisite con un lungo periodo di scolarità.

- Secondo **Afaf I. Meleis**, infermiera statunitense contemporanea, le tappe fondamentali dell’evoluzione dell’assistenza infermieristica verso il raggiungimento di un’identità professionale e un campo d’azione proprio

  sono state:

- **stadio della pratica**: (il “fare”) periodo precedente a qualsiasi teorizzazione infermieristica, coincidente con l’assistenza quotidiana ai malati e ai bisognosi, fondata sulla vocazione caritativa, sulla scienza medica e sulla sensibilità artistica dell’infermiera;
- **stadio della formazione e organizzazione**: (educazione e amministrazione risultato dell’attività di ricerca promossa negli anni ’60) interesse per la formazione e il management in aggiunta alla definizione di norme e standard da utilizzare nella formazione degli studenti e nella gestione del personale;

- **stadio della teoria**: produzione di modelli e teorie concettuali che affrontano gli interrogativi riguardanti l’assistenza infermieristica, il suo mandato e il suo scopo;

- **stadio della filosofia**: esigenza dei professionisti di fornire una valida giustificazione epistemologica (di conoscenza scientifica) ed etica alla disciplina infermieristica nel suo complesso.

Una professione, per essere tale, ha bisogno di possedere determinati attributi:

- **teoria sistematica**: notevole conoscenza sistematica acquisita durante un percorso di formazione specifico;
- **autorità professionale**: in riferimento al Codice Civile, sussiste l'obbligo di garantire un risultato rispetto alla prestazione richiesta, sempre in ambito di autonomia;
- **sanzioni della comunità**: riconoscimento della propria utilità sociale e, dunque, legittimazione istituzionale;
- **codice etico**: insieme di principi etici che vincolano e guidano l'operato del professionista;
- **cultura professionale**: garantita da gruppi formali ed informali di professionisti (ad es. associazioni, sedi formative, ecc.)

Tutto cio’ fa’dell’**Infermieristica** una **scienza**:

- **umanistica**, poiché ha l’uomo come oggetto di studio e come beneficiario dei risultati dell’assistenza;

- **dialogica**, poiché instaura una relazione reciproca con l’assistito al fine di comprendere i suoi bisogni di salute;

- **organizzata**, poiché si articola in una serie di principi, concetti ed asserzioni di base, teorie e modelli che costituiscono la struttura concettuale della disciplina;

- **prescrittiva**, poiché si prefigge uno scopo pratico, ovvero quello di soddisfare e migliorare le condizioni di partenza dell’assistito.

- Il soddisfacimento dei bisogni di assistenza infermieristica ***non è solo*** questione di **teoria**, **metodo**, e standard specifici, *ma si tratta anche di stile professionale*, cioè della messa in campo di un insieme di comportamenti che nel rapporto assistenziale con il malato non coincidono con la sola rete dei concetti, ma con la **personalizzazione dell'assistenza infermieristica**.

- “L’infermieristica non è semplicemente tecnica, ma un sapere che coinvolge anima, mente e immaginazione”,

  scrisse **Florence Nightingale**;

  è un sapere che ha bisogno di un **metodo**, di una **forma mentis** che permetta al professionista di porre in relazione l’insieme di conoscenze astratte con la finalità pratica (la soddisfazione dei bisogni dell’utente) e quindi con la **risoluzione dei problemi.**

- Mentre il medico si occupa della malattia, ***l’infermiere si occupa delle risposte della persona alla malattia***, risposte che sono di natura **biologica**, **psicologica**, **sociale** e **spirituale** e che sorgono in conseguenza ad eventi, a problemi di salute reali o potenziali, a processi vitali.

- Scopo dell’assistenza infermieristica è dunque quello di **promuovere il benessere**, **prevenire la malattia** e **ripristinare la salute** nell’individuo, nella famiglia a nella comunità.

- Per raggiungere questo scopo, l’infermiere si avvale del proprio **metodo scientifico** di risoluzione dei problemi: il **processo di assistenza**.

IL PROCESSO DI ASSISTENZA

È un processo le cui fasi si susseguono in modo logico-consequenziale e dinamico.

Il **processo di assistenza** è un metodo di risoluzione dei problemi, è sia mentale che scritto (il piano di assistenza è la progettualità espressa in forma scritta) e si articola in varie fasi:

- Al fine di identificare e risolvere o prevenire i problemi del paziente l’infermiere, secondo il **processo di nursing**, è chiamato a svolgere una sequenza logica di cinque fasi:
- **Accertamento infermieristico**
- **Formulazione delle Diagnosi Infermieristiche**
- **Pianificazione degli interventi**
- **Attuazione degli interventi**
- **Valutazione degli esiti**.

Questa sequenza di azioni è definita dalla letteratura come un *processo continuo e dinamico,* in quanto tende a **non** interrompersi **mai** per tutta la durata dell’assistenza al paziente.

- In tutte le fasi del processo l’infermiere è chiamato ad utilizzare il **pensiero critico**, ovvero a tenere un approccio attivo ed organizzato per esaminare il quadro complessivo ed esplorare varie possibilità nell’identificare il problema, nel prendere decisioni sulle condizioni di salute del paziente, nello scegliere gli interventi più appropriati e nel valutare criticamente i risultati dell’assistenza sulla base delle sue conoscenze (es. fisiologia, biologia, scienze sociali, infermieristiche, etc.), dell’esperienza, della curiosità e dell’intuito.
- Come si evince dalla sequenza temporale, il processo di nursing ha origine **dall’accertamento** in quanto per elaborare delle ipotesi di intervento è necessario innanzitutto **individuare il problema da gestire o prevenire**.

1.ACCERTAMENTO

- L’accertamento infermieristico consiste in una raccolta sistematica di dati, con lo scopo di ***verificare lo stato di salute del paziente e identificare i suoi problemi reali o potenziali***. Questo momento assistenziale rappresenta una componente molto importante del processo di nursing, ovvero un modello circolare di valutazione-azione-valutazione che si basa sulla **metodologia scientifica** del problem-solving.

OBIETTIVI DELL' ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO

- Gli obiettivi perseguiti dall'**accertamento infermieristico** sono i seguenti:
- Raccogliere le informazioni di base sul paziente
- Determinare le normali funzioni del paziente
- Determinare il rischio di sviluppare disfunzioni del paziente
- Determinare la presenza o l'assenza di disfunzioni
- Determinare le risorse del paziente
- Fornire dati per la fase diagnostica.

Le tipologie dell’accertamento infermieristico

- In base al momento in cui viene effettuato, l’accertamento può essere distinto in quattro tipologie:
- **Accertamento iniziale o globale**: consente di avere un quadro generale delle condizioni di salute del paziente al momento della presa in carico. Solitamente si esegue al primo contatto con la persona.
- **Accertamento mirato**: parte integrante delle quotidiane cure infermieristiche, questa metodologia di accertamento si concentra su un aspetto specifico per definire e valutare l’insorgenza e/o l’evoluzione di un problema (ad esempio la valutazione delle caratteristiche e dimensioni di una lesione da pressione).
- **Accertamento d’urgenza o emergenza**: viene eseguito durante l’insorgenza di una crisi fisica o psichica di un paziente per evidenziare i problemi che possono minacciarne la vita.
- **Accertamento di follow up o di rivalutazione**: si attua per rivalutare un particolare aspetto o problema del paziente (ad esempio la capacità motoria di un paziente colpito da ictus) dopo un periodo di tempo e consiste nel confrontare le condizioni attuali con quelle basali accertate ad esempio all’ingresso in reparto o alla dimissione dallo stesso se seguito a domicilio.

- Per raccogliere, organizzare ed elaborare questi elementi l’attività di accertamento si suddivide in tre componenti temporali: dapprima l’infermiere raccoglie i dati, successivamente li valida e infine li organizza e registra.

2. Formulazione delle Diagnosi Infermieristiche

- Le **Diagnosi Infermieristiche** descrivono la risposta umana (segni), reale o potenziale, ad un problema di salute per il quale l'infermiere ha la competenza di trattamento in autonomia.
- La diagnosi infermieristica costituisce la seconda fase del **processo di nursing**, che è un approccio scientifico per la risoluzione dei problemi assistenziali legati alla persona, basato sulla applicazione del problem solving.

2. Formulazione delle Diagnosi Infermieristiche

Un giudizio clinico sulle risposte dell'individuo, della famiglia o della comunità ai problemi di salute/processi della vita, reali o potenziali. Le diagnosi infermieristiche costituiscono il fondamento per selezionare gli interventi infermieristici atti a realizzare gli obiettivi dei cui risultati è responsabile l'infermiere.

2. Formulazione delle Diagnosi Infermieristiche

La struttura delle Diagnosi Infermieristiche

- La struttura della **diagnosi infermieristica** si compone di quattro elementi essenziali al fine di adottare un linguaggio infermieristico univoco.
- Gli elementi componenti sono: ***titolo. definizione, caratteristiche definenti, fattori correlati.***

2. Formulazione delle Diagnosi Infermieristiche

La struttura delle Diagnosi Infermieristiche

TITOLO:

Il **titolo** deve “qualificare” il problema, comprende quindi un qualificatore o descrittore, cioè un termine che fa distinguere immediatamente le diagnosi:

- le **diagnosi reali** hanno un qualificatore negativo (es. inefficace, mancanza, deficit, alterato);
- le **diagnosi di rischio** presuppongono un qualificatore specifico (rischio di);
- le **diagnosi di benessere** contengono un qualificatore positivo (es. efficace, potenziale miglioramento)
- le **diagnosi a sindrome** presuppongono un qualificatore specifico (sindrome da).

2. Formulazione delle Diagnosi Infermieristiche

- **DEFINIZIONE**

  La **definizione** ci permette di esprimere in modo categorico, comprensibile ed esplicito il significato della diagnosi, così da distinguere quelle che possono assomigliarsi.

2. Formulazione delle Diagnosi Infermieristiche

- **CARATTERISTICHE DEFINENTI**

Le **caratteristiche definenti** sono l'equivalente dei segni e dei sintomi, ovvero corrispondono a manifestazioni osservabili o riferibili di quella data condizione.

Si dividono in:

maggiori o principali, definite come indicatori critici presenti nell'80-100% dei casi

minori o secondarie, definite come indicatori di supporto (forniscono prove di sostegno per le diagnosi, ma possono non essere presenti) presenti nel 50-70% delle situazioni.

Le caratteristiche definenti non sono presenti nella struttura delle diagnosi di rischio, dove invece troviamo i fattori di rischio.

2. Formulazione delle Diagnosi Infermieristiche

- **Fattori correlati**

I **fattori correlati** sono in pratica le cause, i fattori eziologici che determinano una data condizione.

Possono essere suddivise in quattro categorie:

- fisiopatologici (biologici o psichici)
- situazionali (ambientali, sociali, personali)
- fasi maturative (legati all'età)
- trattamenti (terapie, interventi)

L'uso intenzionale di locuzioni come caratteristiche definenti e fattori correlati al posto di segni e sintomi e di eziologia, permette di utilizzare un **linguaggio specifico professionale**, ma *diverso da quello medico*.

3.Pianificazione degli interventi

- E’ la fase del processo di assistenza nella quale l’infermiere stabilisce, con la partecipazione dell’assistito, gli obiettivi derivati dalle D.I., i risultati attesi e identifica gli interventi infermieristici atti al raggiungimento degli obiettivi previsti.
- Il prodotto finale è l’elaborazione di un piano di assistenza scritto, pensato e gestito dall’infermiere, ma centrato sulla persona assistita e basato sull’utilizzo delle risorse disponibile della stessa..

3. Pianificazione degli interventi

L'obiettivo della **pianificazione**, quindi, è l'uso migliore delle risorse disponibili al fine di aiutare la persona a raggiungere i risultati attesi.

La pianificazione prevede tre attività dell'infermiere:

- FISSARE LE PRIORITA'
- STABILIRE GLI OBIETTIVI
- IDENTIFICARE GLI INTERVENTI

3.Pianificazione degli interventi

FISSARE LE PRIORITA’

Alta priorità

Se non risolto immediatamente vi è pericolo per la vita della persona (processi standardizzati)

Media priorità

Deve essere risolto in tempi “brevi” in modo da prevenire l’ alterazione dello stato di salute

Bassa priorità

Può essere risolto dalla persona con l’aiuto dell’infermiere in tempi lunghi (educazione terapeutica)

3.Pianificazione degli interventi

Stabilire gli obiettivi

"E' il risultato auspicato nel piano di assistenza infermieristica, cioè ciò che si spera di ottenere con la partecipazione della persona e che mira a prevenire, risolvere totalmente o parzialmente un problema diagnosticato dall'infermiere."

Atkinson-Murray, 1994

3.Pianificazione degli interventi

Stabilire gli obiettivi

L’obiettivo deve essere:

- **PRECISO** deve descrivere in dettaglio i risultati/comportamenti che la persona deve saper mostrare/manifestare
- **OSSERVABILE** visibile, misurabile, concreto l’infermiere deve vedere il risultato raggiunto
- **REALISTICO** considera il livello di capacità della persona e le risorse disponibili
- **CONGRUENTE** e di supporto ad altri trattamenti
- **CONDIVISO** e accettato dalla persona e dalla famiglia

3.Pianificazione degli interventi

Obiettivi

A breve termine

Si riferiscono ad obiettivi che si fissano per un tempo che va da poche ore a qualche settimana (1-2)

Frequenti

Ambito ospedaliero

A lungo termine

Si riferiscono ad obiettivi che si realizzano in tempi più lunghi

Ambito case di cura , patologie croniche, domicilio.

4.Attuazione degli interventi

- PIANIFICARE GLI INTERVENTI INFERMIERISTICI

L'intervento infermieristico è:

"un qualsiasi trattamento basato sul giudizio clinico e sulle conoscenze cliniche che un infermiere mette in atto per migliorare i risultati prodotti dal paziente"

McCloskey e Bulechk, 2000

È un'attività pianificata ed attuata dall'infermiere per aiutare la persona a raggiungere l'obiettivo previsto

4. Attuazione degli interventi

- E' un sistema di decisioni tecnico-gestionali, costituito da un insieme di azioni fisiche e/o verbali e/o mentali, pianificate autonomamente dall'infermiere per rispondere ad uno specifico bisogno di aiuto espresso dall'assistito

4. Attuazione degli interventi

TIPOLOGIA DI INTERVENTI

- **AUTONOMI**

  scaturiscono dalle D.I sono di esclusiva competenza infermieristica

  Infermiere prescrittore

- **INTERDIPENDENTI**

  derivano dai problemi collaborativi (prescrizioni farmaci, indagini diagnostiche…) vengono quindi effettuate in collaborazione con altri professionisti.
  Infermiere collaboratore

4. Attuazione degli interventi

Gli interventi devono identificare:

- tipologia d’intervento (cosa fare);
- tempi d’inizio, termine frequenza dell’atto (quando, quante volte)
- durata dell’intervento
- sequenza degli atti da compiere
- data di prescrizione
- firma dell’infermiere prescrittore

4. Attuazione degli interventi

CRITERI PER LA SELEZIONE DEGLI INTERVENTI

- rimanere aderenti alle D.I. e agli obiettivi formulati;
- capacità, abilità e conoscenze della persona ad effettuare l’intervento pianificato (int. realistici);
- mettere in grado la persona di capire l’importanza degli interventi pianificati nel suo processo di guarigione;
- età e stadio di sviluppo;
- coerenza delle prescrizioni infermieristiche con altre prescrizioni;
- coinvolgere non solo la persona assistita ma anche la famiglia, gli amici nella pianificazione degli interventi, considerandoli una risorsa;
- basarsi sulle conoscenze scientifiche;
- considerare le preferenze della persona quando è possibile scegliendo interventi compatibili con i suoi valori ed aspettative

5. Valutazione degli esiti

Gli esiti corrispondono alle modificazioni delle condizioni dei destinatari dell'intervento.

Si possono distinguere:

a) esiti intermedi: cioè modificazioni delle caratteristiche biologiche, delle abitudini di vita e delle abilita degli utenti-pazienti;

b) esiti finali: aumento della durata e della qualita di vita dei pazienti e diminuzione dei disturbi legati alla malattia.

5. Valutazione degli esiti

- Gli ***esiti intermedi*** possono essere definiti come tali soltanto se sicuramente associati a esiti finali. Cosi, ad esempio, la riduzione della pressione arteriosa in un paziente asintomatico pu6 essere considerato un esito solo in quanto si dia per scontato che esso portera ad una riduzione dell'insorgenza e della mortalita per malattie cerebro-vascolari.

- Il **processo di assistenza infermieristica**, dunque, è il **metodo** che la disciplina infermieristica adotta per **identificare i bisogni** del singolo o di un gruppo sociale e per **pianificare una risposta appropriata, efficace ed efficiente** a tali problemi attraverso un complesso di prestazioni di totale competenza e responsabilità infermieristiche.

Alla nuova sfera di autonomia operativa dell’infermiere si affianca l’adozione di una **documentazione infermieristica**, necessaria per certificare correttamente e registrare storicamente le prestazioni infermieristiche erogate, attività che esprime valenza legale in qualità di atto pubblico di incaricato di pubblico servizio.